

Received: 2021/8/8
Accepted: 2022/1/25

How to cite:

Mirzaei F, Delavar A, Ghaemi F, Bagheri F. Structural model of marital boredom based on mental health and perceived social support mediated by personal resilience in infertile women. *EBNESINA* 2022;24(2):40-49.
DOI: 10.22034/24.2.40

Original Article

Structural model of marital boredom based on mental health and perceived social support mediated by personal resilience in infertile women

Fereshteh Mirzaei^{1✉}, Ali Delavar², Fatemeh Ghaemi³, Fariborz Bagheri⁴

Abstract

Background and aims: Marital relationships are one of the most important elements in strengthening the family foundation. Resilience, mental health, and social support can be important variables in preventing marital boredom. The aim of this study was to investigate the mediating role of resilience in the relationship of mental health and perceived social support with marital boredom in infertile women.

Methods: The present study was a correlational and structural equation modeling type. The statistical population included infertile women referring to the infertility ward of a hospital in Tehran in 2019-2020. Through available sampling, 361 people were selected to participate in the study. The couple burnout measure, the resilience questionnaire, the perceived social support questionnaire, and the general health questionnaire were used to collect data. In the present study, Pearson correlation coefficient and structural equation modeling were used to analyze the data.

Results: There is a significant negative relationship between general health (0.56), social support (0.55), and resilience (0.61) with marital boredom at the level of 0.01. Also, resilience had a mediating role in the relationship of mental health and perceived social support with marital boredom in infertile women ($p < 0.05$).

Conclusion: According to the results, the individual resilience as a moderating variable has a positive effect on the relationship between mental health and marital boredom in infertile women. In other words, mental health at high levels of resilience predicts a reduction in marital boredom.

Keywords: Marriage, Psychological Resilience, Mental Health, Infertility, Social Support

1. PhD in General Psychology, Islamic Azad University, Tehran Research Sciences Branch, Tehran, Iran

2. Professor, Department of Psychology, Allameh Tabatabaee University, Tehran, Iran

3. Associate professor, Ministry of Health, Treatment and Medical Education, Tehran, Iran

4. Associate professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Science and Research Branch, Tehran, Iran

✉ Corresponding Author:

Fereshteh Mirzaei

Address: Department of Psychology, Allameh Tabatabaee University, Tehran, Iran

Tel: +98 (21) 26424467

E-mail:

fereshtehpsychology@gmail.com

EBNESINA - IRIAF Health Administration

(Vol. 24, No. 2, Serial 79 Summer 2022)



Copyright© 2022. This open-access article is published under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License which permits Share (copy and redistribute the material in any medium or format) and Adapt (remix, transform, and build upon the material) under the Attribution-NonCommercial terms. Downloaded from: <http://www.ebnesina.ajau.ac.ir>

مدل ساختاری دلزدگی زناشویی مبتنی بر سلامت روان و حمایت اجتماعی ادراک شده با میانجیگری تاب‌آوری فردی در زنان نابارور

فرشته میرزایی^۱، علی دل‌اور^۲، فاطمه قائمی^۳، فریبرز باقری^۴

چکیده

زمینه و اهداف: روابط زناشویی از مهمترین عناصر تحکیم بنیاد خانواده هستند. تاب‌آوری، سلامت روان و حمایت اجتماعی می‌توانند از متغیرهای مهم در پیشگیری از دلزدگی زناشویی باشند. هدف پژوهش حاضر بررسی نقش میانجی تاب‌آوری فردی در رابطه بین سلامت روان و حمایت اجتماعی ادراک شده با دلزدگی زناشویی در زنان نابارور بود.

روش بررسی: پژوهش حاضر از نوع همبستگی و مدل‌سازی معادلات ساختاری بود. جامعه آماری شامل زنان نابارور مراجعه کننده به بخش ناباروری یکی از بیمارستان‌های شهر تهران در سال ۱۳۹۹-۱۳۹۸ بود. از طریق نمونه‌گیری در دسترس ۳۶۱ نفر برای شرکت در مطالعه، انتخاب شدند. پرسشنامه دلزدگی زناشویی، پرسشنامه تاب‌آوری، پرسشنامه حمایت اجتماعی ادراک شده و پرسشنامه سلامت عمومی برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد. در پژوهش حاضر، برای تحلیل داده‌ها از روش‌های ضریب همبستگی پیرسون و مدل معادلات ساختاری استفاده شد. **یافته‌ها:** طبق نتایج حاصل، بین سلامت عمومی (۰/۵۶)، حمایت اجتماعی (۰/۵۵) و تاب‌آوری (۰/۶۱) با دلزدگی زناشویی رابطه منفی معنادار در سطح ۰/۰۱ وجود دارد. همچنین تاب‌آوری در رابطه بین سلامت روان و حمایت اجتماعی ادراک شده با دلزدگی زناشویی در زنان نابارور دارای نقش میانجی بود ($p < 0.05$).

نتیجه‌گیری: طبق نتایج، متغیر تاب‌آوری فردی در نقش تعدیل‌کننده بر رابطه بین سلامت روان و دلزدگی زناشویی زنان نابارور اثر مثبت دارد. به عبارت دیگر، سلامت روان در سطوح بالای تاب‌آوری فردی، کاهش دلزدگی زناشویی این افراد را پیش‌بینی می‌کند.

کلمات کلیدی: ازدواج، سلامت روان، حمایت اجتماعی، تاب‌آوری، ناباروری

(سال بیست و چهارم، شماره دوم، تابستان ۱۴۰۱، مسلسل ۷۹)
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۱۱/۵

فصلنامه علمی پژوهشی ابن‌سینا / اداره بهداشت، امداد و درمان نهجا
تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۵/۱۷

۱. دکترای روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات، تهران، ایران
۲. استاد، دانشگاه علامه طباطبایی، گروه روان‌شناسی، تهران، ایران
۳. دانشیار، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، تهران، ایران
۴. دانشیار گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران

مؤلف مسئول: فرشته میرزایی

آدرس: دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات، تهران، ایران

تلفن: ۲۶۴۴۴۶۷ (۲۱) ۹۸+

ایمیل: fereshtehpsychology@gmail.com

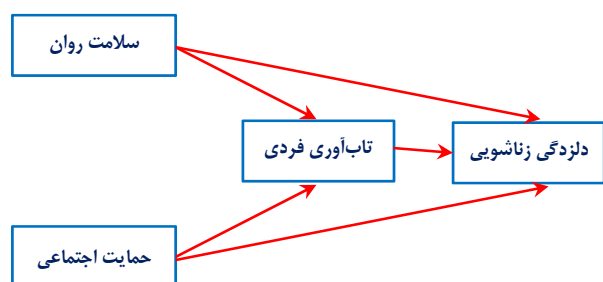
مقدمه

ناباروری ۱۰ تا ۱۵٪ از زوجها در جهان را تحت تأثیر قرار می‌دهد [۱]. ناباروری با درگیری در روابط زناشویی به خصوص برای زنان همراه است چرا که حتی اگر وجود ناباروری در مردان تأیید شده باشد، در نهایت زنان مسئول عدم توانایی تولید مثل در زوجین شناخته می‌شوند [۲]. ناباروری پیامدهای منفی بی‌شماری در روابط زناشویی به همراه دارد [۳] و در نتیجه این تعارضات، ناسازگاری‌ها و استرس‌ها، دلزدگی از روابط زناشویی می‌تواند بروز پیدا کند [۴]. انباشته شدن سرخوردگی‌ها و تنش‌های زندگی روزمره سبب فرسایش روانی و بی‌انگیزگی شده که سرانجام به دلزدگی منجر می‌شود و با نشانگان جسمی، روانی، عاطفی همراه است [۵]. دلزدگی زناشویی به معنای سرد شدن زوجین نسبت به هم و عدم تمایل آنها به داشتن رابطه با یکدیگر است. در این حالت زوجین عشق و علاقه‌ای به هم نشان نمی‌دهند و سعی در دوری جستن از یکدیگر دارند [۶]. شروع دلزدگی به ندرت ناگهانی است و معمولاً روند آن تدریجی است [۷]. این در حالی است که ناتوانی در تولید مثل می‌تواند باعث احساس شرم و گناه و عزت نفس پایین در زوجین شود و این احساسات منفی ممکن است درجات مختلفی از اضطراب، پریشانی و افت کیفیت رابطه زوجین را به دنبال داشته باشند [۸]. پژوهش‌ها حاکی از رابطه منفی معنادار بین سلامت روان و تعارضات زناشویی هستند [۹]. زوج‌هایی که در آن زن یا مرد دچار مشکلات بهداشت روانی است، از مشکلات زناشویی بیشتری خبر می‌دهند [۱۰]. نتایج مطالعات حاکی از رابطه عکس بین سلامت روان و دلزدگی زناشویی است [۱۱]. دمیر-داگداز^۱ و همکاران [۱۲] نیز در مطالعه خود نشان دادند که فقدان سلامت روان و وجود آسیب‌های روانشناختی می‌تواند زمینه‌ساز بروز اختلافات زناشویی و ناسازگاری زوجین شود و این مشکلات خود می‌تواند باعث تشدید بیشتر آسیب‌های روانی در زوجین شود.

1. Demir-Dagdaz

به نظر می‌رسد که یکی دیگر از عوامل مرتبط با دلزدگی زناشویی، حمایت اجتماعی ادراک شده باشد. حمایت اجتماعی به عنوان یک منبع مهم عاطفی و هیجانی در زندگی فرد دارای نقش مهمی است [۱۳]. دلزدگی زناشویی وضعیت دردناک جسمی و عاطفی و روانی است که رابطه عاشقانه زوجین را تحلیل می‌برد و می‌تواند از فشار روانی زیاد، مشغله کاری، مشکلات اقتصادی، ناآگاهی و نداشتن اطلاعات در زمینه‌های مختلف و از جمله مهارت همسررداری ناشی شود. این در حالی است که حمایت اجتماعی می‌تواند زوجینی که تحت فشارهای روانی است محافظت کند و در تجربه احساسی خوب و مثبت در آنها نقش مهمی داشته باشد [۱۴] و بنابراین با کاهش بار فشارهای روانی و ایجاد هیجان‌ات مثبت در آنها، به عنوان یک فاکتور محافظ عمل کند و رابطه عاطفی بین زوجین را حفظ و حتی تحکیم بخشد [۱۵]. همچنین برخورداری زوجین از حمایت اجتماعی این فرصت را به آنها می‌دهد تا در تعامل با دیگران این فرصت را داشته باشند که از دانش و اطلاعات جدید و مفید در زمینه‌های مختلف برخوردار شوند و این نیز می‌تواند به بهبود رابطه زوجی آنها کمک کند [۱۶]. بنابراین حمایت اجتماعی می‌تواند سبب افزایش پویایی روان‌شناختی شود و به آنها در جنبه‌های عاطفی، شناختی و جسمانی کمک کند و با افزایش سطح تجارب مثبت برای آنها، روابط زناشویی آنها را نیز ارتقا بخشد و انزوای اجتماعی و محرومیت از حمایت اجتماعی در زوجین می‌تواند با بروز حالات افسردگی و ناامیدی همراه باشد و زمینه تعارضات زناشویی را افزایش دهد [۱۷].

یکی دیگر از عوامل مرتبط با دلزدگی زناشویی تاب‌آوری است. تاب‌آوری، حفظ توانمندی خود تحت شرایط تنش‌زا و همچنین در طول بحران و مصیبت تعریف می‌شود [۱۸]. تاب‌آوری روانشناختی به فرآیندی گفته می‌شود که فرد توانایی سازگاری موفقیت‌آمیز با شرایط خاص و تهدیدکننده را دارا باشد. افرادی که از تاب‌آوری روانشناختی بالاتری برخوردار باشند، بهتر می‌توانند مشکلات و سختی‌ها را برای رسیدن به اهداف تحمل کنند [۱۹]. تاب‌آوری روانشناختی در بهبود



شکل ۱- مدل مفهومی نقش میانجی تاب‌آوری فردی در رابطه بین سلامت روان و حمایت اجتماعی ادراک شده با دلزدگی زناشویی در زنان نابارور

روش بررسی

روش پژوهش حاضر توصیفی و از نوع همبستگی بود. جامعه آماری این پژوهش زنان نابارور مراجعه کننده به بخش ناباروری بیمارستان خاتم الانبیاء در سال‌های ۱۳۹۸-۱۳۹۹ بودند که نمونه‌ای شامل ۳۶۱ نفر از این زنان با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. بر اساس منابع علمی موجود، تعداد نمونه در مطالعاتی که نقش تعدیل کننده را بررسی می‌کنند، باید حداقل ۱۰۰ نفر باشد [۲۵]. ملاک‌های ورود به مطالعه شامل داشتن حداقل تحصیلات سیکل، سن ۲۰-۴۵ سال و داشتن حداقل دو سال سابقه ناباروری بود.

پرسشنامه دلزدگی زناشویی^۱ که توسط پینس^۲ در ۱۹۹۶ ساخته شده است، دارای ۲۱ عبارت و سه خرده مقیاس اصلی خستگی جسمی، خستگی عاطفی و خستگی روانی است [۲۶]. نمره‌گذاری این پرسشنامه بر اساس طیف هفت درجه‌ای لیکرت از هرگز (نمره یک) تا همیشه (نمره هفت) تنظیم شده و هفده ماده مقیاس، شامل عبارتهای منفی و چهار ماده آن شامل عبارات مثبت است. حداکثر امتیاز در کل مقیاس ۱۴۷ و حداقل ۲۱ و در هر یک از مؤلفه‌های مقیاس، حداکثر امتیاز ۴۹ و حداقل آن هفت است. کسب نمره بیشتر به معنای دلزدگی زناشویی بیشتر است. پینس ارزیابی ضریب پایایی آن را به روش بازآزمایی برای یک دوره یک ماهه ۰/۸۹، دوره دو ماهه ۰/۷۶ و دوره چهار ماهه ۰/۶۶ و ضریب آلفای کرونباخ آن را

عملکرد فردی و اجتماعی و ارتقاء کیفیت زندگی نیز مؤثر است و این ظرفیت با گذشت زمان می‌تواند تغییر کند [۲۰]. در واقع به نظر می‌رسد که تاب‌آوری در رابطه بین سلامت روان و حمایت اجتماعی با دلزدگی زناشویی دارای نقش میانجی است چرا که از یک سو یافته‌های برخی از مطالعات گویای نقش سلامت روان [۲۱] و حمایت اجتماعی [۲۲] در افزایش تحمل پریشانی، انعطاف‌پذیری و مقابله مؤثر افراد در شرایط استرس‌زا هستند و از سوی دیگر نشان داده شده است که زوجین با تاب‌آوری بالا با سازگاری بهتر در مواجهه با مشکلات زندگی ظاهر می‌شوند و از رضایت زناشویی بیشتر خبر می‌دهند [۲۳].

زوجین نابارور از یک سو با تعارضات فردی خود در خصوص تمایل به داشتن فرزند و ناتوانی در این زمینه رنج می‌برند و از سوی دیگر، به احتمال زیاد در معرض بازخورد منفی اجتماعی قرار دارند. چنین وضعیتی می‌تواند موجب فشار روانی زیادی برای زوجین شود و موجب دلزدگی در بین آنها گردد. این در حالی است که برخورداری از روابط عاطفی گرم و صمیمی می‌تواند به عنوان یک عامل محافظتی نیرومند برای آنها عمل کند. بنابراین شناسایی عوامل مؤثر بر دلزدگی زناشویی در زوجین نابارور از اهمیت خاصی برخوردار است. در همین راستا، به نظر می‌رسد که سلامت روان و حمایت اجتماعی و تاب‌آوری می‌توانند به عنوان یک عامل محافظتی در بهبود رابطه زوجی افراد نابارور عمل کنند. مطالعات قبلی اغلب به بررسی رابطه بین حمایت اجتماعی و سلامت روان و سازگاری و رضایت زناشویی پرداخته‌اند و کمتر به مجموع سه متغیر سلامت روان و حمایت اجتماعی و تاب‌آوری در رابطه با دلزدگی زناشویی و نقش میانجی آنها در این رابطه پرداخته‌اند. بر این اساس، پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش میانجی تاب‌آوری فردی در رابطه بین سلامت روان و حمایت اجتماعی ادراک شده با دلزدگی زناشویی در زنان نابارور انجام شد (شکل ۱).

1. Couple burnout measure
2. Pines

برای زیر مقیاس‌های شخص مهم دیگر ۰/۹۱، خانواده ۰/۸۷ و دوستان ۰/۸۵ بوده است [۱۴]. خباز و همکاران ضرایب اعتبار درونی این آزمون را در یک گروه ۳۱۱ نفری از دانشجویان دانشگاه علامه طباطبایی ۰/۶۶/۱ محاسبه کردند [۳۰].

مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون^۳ (۲۰۰۳) ۲۵ گویه‌ای، تاب‌آوری را در اندازه‌های پنج درجه‌ای لیکرت از صفر (همیشه نادرست) تا ۴ (همیشه درست) می‌سنجد [۳۱]. مطالعه کانر و دیویدسون در مورد ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس در جمعیت عادی و بیماران نشان داد که این ابزار همسانی درونی، پایایی بازآزمایی، روایی همگرا و واگرایی کافی دارد. نتایج تحلیل عاملی نشان داد که این مقیاس یک ابزار چند بُعدی است و وجود پنج عامل شایستگی/استحکام شخصی، اعتماد به غرایز شخصی/تحمل عواطف منفی، پذیرش مثبت تغییر/روابط ایمن، کنترل و معنویت را برای این مقیاس تأیید کرده است. این مقیاس در مطالعه در ایران بر روی ۲۴۸ نفر اجرا شد و پایایی آن با سنجش همسانی درونی آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به دست آمد. همچنین روایی صوری و محتوایی این مقیاس مورد تأیید قرار گرفت.

ملاحظات اخلاقی

قبل از اجرای پژوهش اطلاعات لازم در اختیار آزمودنی‌ها قرار گرفت و به آزمودنی‌ها اطمینان داده شد که همه اطلاعات محرمانه خواهد ماند و برای امور پژوهشی استفاده می‌شود. همچنین آزمودنی‌ها به میل و اختیار خود و پس از تأیید بخش ناباروری مرکز مربوطه مبنی بر داشتن شرایط لازم، توانستند در پژوهش شرکت کنند. به منظور رعایت مسائل اخلاقی، با توضیح اهداف پژوهش، از شرکت کنندگان برای تکمیل پرسشنامه رضایت شفاهی گرفته شده است. همچنین در این راستا اطلاعات شناسایی مانند نام و نام خانوادگی از آنها گرفته نشد. شرکت کنندگان در صورت تمایل می‌توانستند در جریان

بین ۰/۹۱ تا ۰/۹۳ گزارش کرده است [۲۶]. در ایران صفی پوریان و همکاران، ضریب پایایی پرسشنامه دلزدگی زناشویی را با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس به ترتیب ۰/۹۲ و ۰/۹۴ محاسبه نمودند و روایی همزمان آن را از طریق ضریب همبستگی با مقیاس صمیمیت زناشویی ۰/۶۱- بیان کردند [۲۷].

برای گردآوری داده‌های سلامت روان، از پرسشنامه سلامت عمومی (گلدبرگ و هیلر)^۱ (۱۹۷۹) استفاده شد [۲۸]. این پرسشنامه خود گزارش‌دهی دارای چهار مقیاس فرعی هفت سؤالی است: (۱) علائم جسمانی؛ (۲) علائم اضطرابی؛ (۳) کارکرد اجتماعی؛ و (۴) علائم افسردگی. در این پرسشنامه ۲۸ سؤالی، نمره هر فرد در هر یک از خرده مقیاس‌ها از صفر تا ۲۱ و در کل پرسشنامه از صفر تا ۸۴ خواهد بود. نمره کمتر بیانگر سلامت روان بهتر است و نمره ۱۶ به بالا در هر زیر مقیاس و ۶۰ به بالا در نمره کل پرسشنامه نشان‌دهنده ناراحتی شدید است. روایی و پایایی این پرسشنامه توسط گیونز در السواودور بررسی شد و با روش باز آزمایی ضریب پایایی ۰/۷۴ و با در نظر گرفتن نقطه برش ۰/۶۷ حساسیت آزمون ۰/۸۸ و ویژگی آن ۰/۸۴/۲ به دست آمد [۲۸]. ابراهیمی در بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه سلامت عمومی، روایی ملاک آن را از طریق همبستگی ۰/۷۸ و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۷ را به دست آورد [۲۹].

پرسشنامه حمایت اجتماعی ادراک شده: برای گردآوری داده در زمینه حمایت اجتماعی ادراک شده از پرسشنامه حمایت اجتماعی ادراک شده زیمیت^۲ و همکاران (۱۹۹۰) استفاده شد [۱۴]. این پرسشنامه ۱۲ گویه دارد و سه بُعد حمایت خانواده، دوستان و دیگر افراد مهم را می‌سنجد. هر بُعد این مقیاس ۴ گویه دارد و پاسخ دهنده به هر گویه روی مقیاس ۷ درجه‌ای لیکرت (۱= کاملاً مخالف و ۷= کاملاً موافق) پاسخ می‌دهد. ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس در مطالعه زیمت و همکاران

1. General Health Questionnaire (Goldberg & Hillier)

2. Multidimensional Scale of Perceived Social Support (Zimet)

3. Connor-Davidson Resilience Scale

نتایج پرسشنامه‌های خود قرار بگیرند.

تجزیه و تحلیل آماری

در پژوهش حاضر، برای بررسی متغیرهای جمعیت شناختی از فراوانی و درصد و برای تحلیل داده‌ها از روش‌های ضریب همبستگی پیرسون و مدل معادلات ساختاری با بهره‌گیری از نرم افزار AMOS نسخه ۲۰ و SPSS نسخه ۲۲ استفاده شد. در تمامی آزمون‌ها سطح معناداری ۰/۰۵ لحاظ شد.

یافته‌ها

۳۶۱ زن نابارور با میانگین سنی $36/74 \pm 9/44$ سال در این مطالعه شرکت داشتند. در جدول ۱ شاخص‌های توصیفی متغیرهای جمعیت شناختی ارائه شده است.

در جدول ۲ ماتریس همبستگی بین متغیرها گزارش شده است. همانطور که نتایج مندرج در جدول ۲ نشان می‌دهد، بین سلامت روان (۰/۵۶)، حمایت اجتماعی (۰/۵۵) و تاب‌آوری فردی (۰/۶۱) با دلزدگی زناشویی رابطه منفی معنادار در سطح ۰/۰۱ وجود دارد.

قبل از تحلیل داده‌ها، برای اطمینان از این که داده‌ها مفروضه‌های زیربنایی مدل معادلات ساختاری را برآورد می‌کنند، به بررسی آنها پرداخته شد. جهت بررسی نرمال بودن

جدول ۱- وضعیت نمونه مورد مطالعه در ویژگی‌های جمعیت شناختی

متغیر	طبقات	فراوانی	درصد
سن	۲۰ تا ۳۰ سال	۸۶	۲۳/۸٪
	۳۱ تا ۳۵ سال	۱۰۲	۲۸/۱٪
	۳۶ تا ۴۰ سال	۱۱۲	۳۱/۲٪
	۴۱ تا ۴۵ سال	۶۱	۱۶/۹٪
وضعیت تحصیل	راهنمایی سیکل	۴۳	۱۱/۹٪
	دیپلم	۱۳۸	۳۸/۳٪
	فوق دیپلم	۳۶	۱۰٪
	لیسانس	۱۱۱	۳۰/۷٪
	فوق لیسانس	۲۵	۶/۹٪
	دکتری	۸	۲/۲٪
مدت زمان ناباروری	دو تا سه سال	۴۰	۱۱٪
	چهار تا شش سال	۱۳۰	۳۶٪
	هفت تا نه سال	۹۳	۲۵/۷٪
	ده تا ۱۲ سال	۴۶	۱۳٪
	بالای ۱۲ سال	۵۲	۱۴/۳٪

جدول ۲- ماتریس همبستگی متغیرهای مورد مطالعه

متغیرها	میانگین	۱	۲	۳	۴
۱- سلامت عمومی	۵۵/۳۱±۳۸/۴	۱			
۲- حمایت اجتماعی	۲۴/۵۴±۵/۷۰	۰/۶۰**	۱		
۳- تاب‌آوری فردی	۳۳/۳۷±۱۰/۲۱	۰/۷۱**	۰/۶۲**	۱	
۴- دلزدگی زناشویی	۶۱/۹۳±۹۳/۲۱	-۰/۵۶**	-۰/۵۵**	-۰/۶۱**	۱

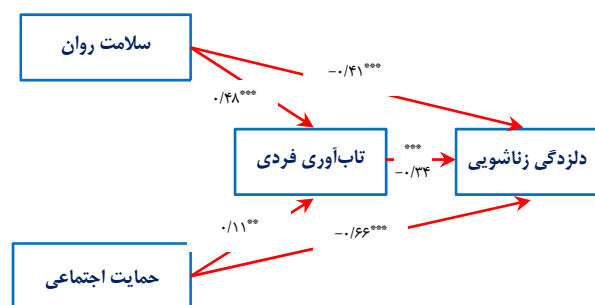
** $p < 0.01$

متغیرها آزمون کولموگروف-اسمیرنوف استفاده شد. نتایج این آزمون نیز گویای نرمال بودن توزیع پراکنده متغیرهای پژوهش بود ($p > 0.05$). جهت آزمون الگوی پیشنهادی نقش میانجی نقش واسطه‌ای تاب‌آوری در رابطه سلامت عمومی و حمایت اجتماعی با دلزدگی زناشویی از روش الگویابی معادلات ساختاری استفاده شد. برازندگی الگوی پیشنهادی بر اساس ترکیبی از سنج‌های برازندگی جهت تعیین کفایت برازش الگوی پیشنهادی با داده‌ها مورد استفاده قرار گرفتند که نتایج آن در جدول ۳ گزارش شده است.

جدول ۳- شاخص‌های برازش مدل نقش واسطه‌ای تاب‌آوری فردی در رابطه سلامت عمومی و حمایت اجتماعی با دلزدگی زناشویی

NFI	IFI	TLI	CFI	AGFI	GFI	RMSEA	X ² /df	p	مقدار	Df	X ²
۰/۹۵	۰/۹۸	۰/۹۳	۰/۸۸	۰/۹۰	۰/۹۱	۰/۰۴	۲/۵۸	< ۰/۰۵	۱۲	۳۴/۲۸	

با توجه به ارزش شاخص‌های ارزیابی برازندگی الگو در جدول ۳ می‌توان گفت الگو از برازش خوبی برخوردار است. در مدل مفهومی فرض می‌شود که سلامت عمومی و حمایت اجتماعی با دلزدگی زناشویی از طریق تاب‌آوری رابطه دارند.



شکل ۲- مدل برازش یافته نقش میانجی تاب‌آوری فردی در رابطه بین سلامت روان و حمایت اجتماعی ادراک شده با دلزدگی زناشویی در زنان نابارور پس از بررسی و تأیید الگو برای آزمون معناداری فرضیه‌ها از دو شاخص جزئی نسبت بحرانی CR و P استفاده شد. بر اساس سطح معناداری ۰/۰۵ مقدار بحرانی باید بیشتر از ۱/۹۶ یا کمتر از ۱/۹۶- باشد و مقدار پارامتر غیر از این در الگو مهم شمرده نمی‌شود. همچنین مقادیر کوچکتر از ۰/۰۵ برای مقدار P حاکی از تفاوت معنادار مقدار محاسبه شده برای وزن‌های

زراستوند و همکاران^۳ [۶] همسو است. در همین راستا باتروارث و رادگزر [۳۲] نشان دادند زوج‌هایی که در آنها زن یا شوهر دچار مشکلات بهداشت روانی هستند، از اختلالات زناشویی بیشتر خبر می‌دهند. گالینسکی و وایت [۳۳] نیز در مطالعه خود نشان دادند که سلامت روان با افزایش فعالیت و رضایت جنسی در زوجین می‌تواند به رضایت بیشتر آنها از زندگی کمک کند. زراسوند و همکاران [۷] در مطالعه دیگری نشان داده شد که وجود سطوح پایین‌تر پریشانی روانی در زوجین با نمرات بالاتر در فرایند خانواده و عملکرد فردی و اجتماعی همراه است. در واقع در یک رابطه زناشویی وقتی یکی از زوجین از سلامت روان کافی برخوردار نیستند، این افراد از آنجایی که زمان زیادی را صرف نگرانی‌ها و تمرکز بر عواطف منفی می‌کنند و بدون این که خود آگاه باشند بیش از حد معمول درگیر مسائل و موضوعات مختلف می‌شوند و قادر به حل سازنده مشکلات و یا عبور از آنها نیستند. زنان ناباروری که از سطوح بالاتر سلامت روان برخوردار هستند، احتمالاً در مقابل حوادث سخت از جمله ناباروری خود و فرایندهای مرتبط با آن همچون درمان یا بازخوردهای اجتماعی مربوط به آن مقاوم‌تر هستند و بنابراین با حفظ تاب‌آوری خود می‌توانند از بروز مشکلات در روابط با همسرشان ممانعت کرده و زمینه ایجاد دلزدگی زناشویی را کاهش دهند.

نتایج این پژوهش نشان داد که حمایت اجتماعی ادراک شده با دلزدگی زناشویی، رابطه منفی معنی‌دار دارد. در همین راستا، نتایج یک مطالعه نشان داد که در زوجین، برخورداری از حمایت اجتماعی می‌تواند از طریق کاهش سطح اضطراب و افسردگی و استرس به بهبود رضایت زناشویی کمک کند [۱۴]. حمایت اجتماعی در قالب حمایت ملموس یا حمایت عاطفی و داشتن یک نفر در زندگی که می‌توان از مراقبت، ابراز همدلی و حس پذیرش وی بهره‌مند بود، می‌تواند منبع مهمی برای احساس آرامش، تاب‌آوری بیشتر و توانایی غلبه بر استرس

جدول ۴- ضرایب استاندارد و غیراستاندارد مسیرهای مستقیم مدل فرضی نقش واسطه‌ای تاب‌آوری فردی در رابطه سلامت عمومی و حمایت اجتماعی با دلزدگی زناشویی

مسیرها	B	β	خطای معیار	نسبت بحرانی	مقدار p
اثر مستقیم سلامت روان بر تاب‌آوری فردی	۰/۶۰	۰/۴۸	۰/۰۴۸	-۱۱/۷۳	۰/۰۰۱
اثر مستقیم حمایت اجتماعی بر تاب‌آوری فردی	۰/۲۳	۰/۱۱	۰/۰۷۴	-۳/۲۳	۰/۰۰۶
اثر مستقیم تاب‌آوری فردی بر دلزدگی زناشویی	-۰/۵۱	-۰/۳۴	۰/۰۲۰	-۸/۱۲	۰/۰۰۱
اثر مستقیم سلامت روان بر دلزدگی زناشویی	-۰/۵۳	-۰/۴۱	۰/۰۱۹	-۱۰/۷۴	۰/۰۰۱
اثر مستقیم حمایت اجتماعی بر دلزدگی زناشویی	-۰/۸۹	-۰/۶۶	۰/۱۹۵	-۱۲/۵۲	۰/۰۰۱

رگرسیون با مقدار صفر در سطح ۹۵٪ است. بر اساس شاخص‌های ذکر شده، همانگونه که نتایج جدول ۴ نشان می‌دهند، وزن‌های رگرسیونی مربوط به نتایج این جدول همگی در سطح کمتر از ۰/۰۵ معنادار بودند. (شکل ۲)

جدول ۵- ضرایب استاندارد و غیراستاندارد مسیرهای غیرمستقیم مدل فرضی نقش واسطه‌ای تاب‌آوری فردی در رابطه سلامت عمومی و حمایت اجتماعی با دلزدگی زناشویی

مسیرها	B	β	حد پایین	حد بالا
اثر غیرمستقیم سلامت عمومی بر دلزدگی زناشویی	۰/۲۶	۰/۱۲	-۰/۲۷۸	-۰/۰۴۴
اثر غیرمستقیم حمایت اجتماعی بر دلزدگی زناشویی	۰/۴۱	۰/۱۸	-۰/۳۶۲	-۰/۱۶۷

با توجه به جدول ۵، اثر غیر مستقیم سلامت عمومی بر دلزدگی زناشویی (۰/۱۲) و حمایت اجتماعی بر دلزدگی زناشویی (۰/۱۸) از لحاظ آماری در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار بود. همچنین ارزیابی اثرات غیرمستقیم با استفاده از روش بوت استرپ نشان می‌دهد که اثرات غیرمستقیم سلامت عمومی و حمایت اجتماعی بر دلزدگی زناشویی، با توجه به این که حد بالا و حد پایین در آنها صفر را در برنمی‌گیرند، به واسطه تاب‌آوری میانجیگری می‌شوند.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف نقش میانجی تاب‌آوری فردی در رابطه بین سلامت روان و حمایت اجتماعی ادراک شده با دلزدگی زناشویی در زنان نابارور انجام شد. نتایج این پژوهش نشان داد که سلامت روان با دلزدگی زناشویی، رابطه منفی معنی‌دار دارد. این با یافته مطالعات باتروارث و رادگزر^۱ [۳۲]، دمیر-دادگاز و همکاران [۱۲]، گالینسکی و وایت^۲ [۳۳] و

1. Butterworth and Rodgers
2. Galinsky & Waite

3. Zarastvand

تلقى گردد [۱۶]. سطوح بالای برخورداری از حمایت عاطفی در زنان نابارور می‌تواند به آنها کمک کند تا بتوانند از تبعات منفی ناباروری از بُعد اجتماعی و خانوادگی به عنوان یک پدیده ناپه‌نجار و احساسات منفی مربوط به آن همچون شرم و خجالت و خودانتقادگری در امان باشند و در بستر امن روابط اجتماعی خود از مزایای عاطفی و اجتماعی بسیاری سود ببرند و روابط زوجی خود را نیز ارتقا بخشند. برخورداری از حمایت اجتماعی می‌تواند منبع امید و دلگرمی محسوب شود [۱۷] که زنان نابارور را در فرایند تبعیت بهتر از فرایند درمان، مشارکت اجتماعی فعال‌تر، داشتن احساس امید و شادابی، تاب‌آوری بیشتر در برابر مشکلات و در نتیجه رضایت از زندگی زناشویی پیش ببرد. تجربه حمایت اجتماعی مستقیماً به صورت یک عامل ضربه‌گیر واقعی بین موقعیت ناخوشایند و آسیب روانشناختی ظاهر شده و از طریق اثرگذاری بر متغیرهای مداخله‌کننده، همچون مقابله در برابر اثرات موقعیت‌های منفی عمل می‌کند [۱۴].

نتایج این پژوهش نشان داد که تاب‌آوری با دلزدگی زناشویی، رابطه منفی معنی‌دار دارد. همچنین نتایج پژوهش نشان داد که تاب‌آوری می‌تواند رابطه بین سلامت روان و حمایت اجتماعی ادراک شده و دلزدگی زناشویی را تعدیل کند. به عبارت دیگر، سلامت روان و حمایت اجتماعی ادراک شده در سطوح بالای تاب‌آوری، پیش‌بین کاهش میزان دلزدگی زناشویی این افراد است. ون‌درمیر^۱ و همکاران [۲۰] در مطالعه‌ای به بررسی تبعات درد مزمن در یکی از اعضای خانواده بر عملکرد سایر اعضای خانواده پرداختند و نشان دادند که چنین وضعیتی می‌تواند به فرسودگی روانی سایر اعضای خانواده منجر شود و وجود تاب‌آوری خانوادگی می‌تواند تا اندازه‌ای این اثر را کاهش دهد. نتایج مطالعه سیپل^۲ و همکاران [۲۴] بر روی والدین دارای کودک مبتلا به اوتیسم نشان داد که وجود سطوح بالای تاب‌آوری در والدین می‌تواند با کاهش سطح

استرس و هیجانات منفی در آنها به حفظ کیفیت روابط زناشویی و در نتیجه مقابله موفق‌تر در برابر مشکلات ناشی از نگهداری از فرزندشان کمک کند. جیشا و توماس^۳ [۳۴] نیز در بررسی خود نشان دادند تاب‌آوری در زوجینی که دچار ناباروری هستند برای کاهش تأثیر استرس مرتبط با ناباروری و حفظ تعاملات مثبت در زوجین حیاتی است. تاب‌آوری به عنوان نوعی فرآیند یا توانایی به فرد امکان ترسیم و دسترسی به فهرستی از راهبرهای مقابله‌ای را می‌دهد که این مؤلفه خود نقش بسیار مهمی در مواجهه با تنش‌های ناشی از چالش‌های زناشویی ایفا می‌کند [۱۹]. با ارتقای تاب‌آوری می‌توان گفت فرد در برابر عوامل استرس‌زا، اضطراب آور و همچنین عواملی که مسبب به وجود آمدن مشکلات زناشویی و خانوادگی می‌شود از خود مقاومت نشان داده و بر آنها غلبه می‌کند [۲۰]. سطوح بالای تاب‌آوری به افراد کمک می‌کند تا از عواطف و هیجان‌های مثبت به منظور پشت سر نهادن تجربه‌های نامطلوب و بازگشت به شرایط مطلوب استفاده کند. بنابراین تاب‌آوری خود به عنوان یک متغیر محافظتی باعث بالا رفتن کیفیت زندگی و افزایش رضایت در زندگی می‌شود و با بهبود شرایط روانی زنان نابارور در شرایط تنش‌زا می‌تواند به آنها در سازگاری بهتر با مشکل خود یاری برساند.

طبق نتایج به دست آمده، در زنان نابارور تاب‌آوری فردی در رابطه بین سلامت روان و حمایت اجتماعی ادراک شده با دلزدگی زناشویی دارای نقش میانجی بود. لذا مشاوران خانواده می‌توانند از یافته این پژوهش، در راستای مداخلات بالینی استفاده کرده و از این رویکرد در جهت بهبود روابط زوجین نابارور بهره‌برند. از جمله محدودیت‌های این مطالعه، محدود بودن جامعه آماری مطالعه به زنان نابارور مراجعه‌کننده به بخش ناباروری بیمارستان خاتم‌الانبیاء بود و بنابراین در تعمیم نتایج باید احتیاط نمود. همچنین عدم کنترل اثر متغیرهای مزاحم مانند سن از دیگر محدودیت‌های این مطالعه محسوب

1. van der Meer

2. Sippel

3. Jisha & Thomas

تعارض منافع

نویسندگان اظهار می‌دارند هیچگونه تعارض منافی در مورد این مقاله وجود ندارد.

سهم نویسندگان

همه نویسندگان در تمامی مراحل انجام این مطالعه نقش داشته‌اند.

منابع مالی

منابع مالی این مطالعه از هزینه‌های شخصی بوده و توسط هیچ نهاد یا سازمانی تأمین نشده است.

می‌شود. پیشنهاد می‌گردد مطالعات آتی بر گروه وسیع‌تر و با در نظر گرفتن متغیرهای مزاحم احتمالی انجام شود.

تشکر و قدردانی

این مقاله مستخرج از رساله دکترا مصوب در کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات با کد اخلاق IR.IAU.SRB.REC.1397.093 است.

بدین وسیله از تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش که ما را در انجام پژوهش همکاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌شود.

References

- Velez M, Richardson H, Baxter N, McClintock C, Greenblatt E, Barr R, et al. Risk of infertility in female adolescents and young adults with cancer: a population-based cohort study. *Human reproduction*. 2021;36(7):1981-1988. doi:10.1093/humrep/deab036
- Esfandyari S, Chugh RM, Park H-s, Hobeika E, Ulin M, Al-Hendy A. Mesenchymal stem cells as a bio organ for treatment of female infertility. *Cells*. 2020;9(10):1-19. doi:10.3390/cells9102253
- Babakhanzadeh E, Nazari M, Ghasemifar S, Khodadadian A. Some of the factors involved in male infertility: a prospective review. *International journal of general medicine*. 2020;13:29-41. doi:10.2147/IJGM.S241099
- Bokaie M, Simbar M, Yassini Ardekani SM, Alavi-Majad H. Does infertility influence couples' relationships? A qualitative study. *Journal of qualitative research in health sciences*. 2020;6(1):63-77. [Persian]
- Ngai F-W, Loke AY. Relationships between infertility-related stress, family sense of coherence and quality of life of couples with infertility. *Human fertility*. 2021:1-13. doi:10.1080/14647273.2021.1871781
- Shreffler KM, Gallus KL, Peterson B, Greil AL. Couples and infertility. *The handbook of systemic family therapy*. 2020;3:385-406. doi:10.1002/9781119438519.ch76
- Zarastvand A, Tizdast T, Khalatbari J, Abolghasemi S. The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on marital self-regulation, marital burnout and self-criticism of infertile women. *Journal of Arak University of Medical Sciences*. 2020;23(4):488-497. [Persian] doi:10.32598/jams.23.4.6005.2
- Iordachescu DA, Gica C, Vladislav EO, Panaitescu AM, Peltecu G, Furtuna ME, et al. Emotional disorders, marital adaptation and the moderating role of social support for couples under treatment for infertility. *Ginekologia Polska*. 2021;92(2):98-104. doi:10.5603/GP.a2020.0173
- Li X, Ye L, Tian L, Huo Y, Zhou M. Infertility-related stress and life satisfaction among Chinese infertile women: a moderated mediation model of marital satisfaction and resilience. *Sex roles*. 2020;82(1):44-52. doi:10.1007/s11199-019-01032-0
- World Health Organization. Promoting health in the SDGs: report on the 9th Global conference for health promotion, Shanghai, China, 21–24 November 2016: all for health, health for all. World Health Organization;2017.
- Jennings V, Bamkole O. The relationship between social cohesion and urban green space: an avenue for health promotion. *International journal of environmental research and public health*. 2019;16(3):1-14. doi:10.3390/ijerph16030452
- Demir-Dagdas T, Isik-Ercan Z, Intepe-Tingir S, Cava-Tadik Y. Parental divorce and children from diverse backgrounds: multidisciplinary perspectives on mental health, parent-child relationships, and educational experiences. *Journal of divorce & remarriage*. 2018;59(6):469-485. doi:10.1080/10502556.2017.1403821
- Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of personality assessment*. 1988;52(1):30-41. doi:10.1207/s15327752jpa5201_2
- Mahmoodi H. Comparison of perceived social support and self-compassion among patients with multiple sclerosis and normal people. *Quarterly journal of health psychology*. 2018;7(25):21-34. [Persian]
- Lahey B, Orehek E. Relational regulation theory: a new approach to explain the link between perceived social support and mental health. *Psychological review*. 2011;118(3):482-495. doi:10.1037/a0023477
- Thompson T, Pérez M, Kreuter M, Margenthaler J, Colditz G, Jeffe DB. Perceived social support in African American breast cancer patients: predictors and effects. *Social science & medicine*. 2017;192:134-142. doi:10.1016/j.socscimed.2017.09.035

17. Hughes C, Devine RT, Foley S, Ribner AD, Mesman J, Blair C. Couples becoming parents: trajectories for psychological distress and buffering effects of social support. *Journal of affective disorders*. 2020;265:372-380. doi:10.1016/j.jad.2020.01.133
18. O'Dowd E, O'Connor P, Lydon S, Mongan O, Connolly F, Diskin C, et al. Stress, coping, and psychological resilience among physicians. *BMC health services research*. 2018;18(1):1-11. doi:10.1186/s12913-018-3541-8
19. Shi L, Sun J, Wei D, Qiu J. Recover from the adversity: functional connectivity basis of psychological resilience. *Neuropsychologia*. 2019;122:20-27. doi:10.1016/j.neuropsychologia.2018.12.002
20. Van der Meer CA, Te Brake H, Van der Aa N, Dashtgard P, Bakker A, Olf M. Assessing psychological resilience: development and psychometric properties of the English and Dutch version of the Resilience Evaluation Scale (RES). *Frontiers in psychiatry*. 2018;9:1-11. doi:10.3389/fpsy.2018.00169
21. Canale N, Marino C, Griffiths MD, Scacchi L, Monaci MG, Vieno A. The association between problematic online gaming and perceived stress: the moderating effect of psychological resilience. *Journal of behavioral addictions*. 2019;8(1):174-180. doi:10.1556/2006.8.2019.01
22. Khoshouei MS. Psychometric evaluation of the Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC) using Iranian students. *International journal of testing*. 2009;9(1):60-66. doi:10.1080/15305050902733471
23. Lee JE, Sudom KA, Zamorski MA. Longitudinal analysis of psychological resilience and mental health in Canadian military personnel returning from overseas deployment. *Journal of occupational health psychology*. 2013;18(3):327-337. doi:10.1037/a0033059
24. Sippel LM, Pietrzak RH, Charney DS, Mayes LC, Southwick SM. How does social support enhance resilience in the trauma-exposed individual? *Ecology and society*. 2015;20(4):1-11. doi:10.5751/ES-07832-200410
25. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. *Educational and psychological measurement*. 1970;30(3):607-610. doi:10.1177/001316447003000308
26. Pines AM, Nunes R. The relationship between career and couple burnout: implications for career and couple counseling. *Journal of employment counseling*. 2003;40(2):50-64. doi:10.1002/j.2161-1920.2003.tb00856.x
27. Safipouriyan S, Ghadami A, Khakpour M, Sodani M, Mehrafarid M. The effect of group counseling using interpersonal therapy (IPT) in reducing marital boredom in female divorce applicants. *Journal of nursing education* 2016;5(1):1-11. [Persian]
28. Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the general health questionnaire. *Psychological medicine*. 1979;9(1):139-145. doi:10.1017/S0033291700021644
29. Ebrahimi A, Molavi H, Mousavi G, Borna Manesh A, Yaghoubi M. Psychometric properties, factor structure, clinical cut-off point, sensitivity and specificity of 28-item General Health Questionnaire (GHQ-28) in Iranian patients with psychiatric disorders. *Journal of research in behavioural sciences*. 2007;5(1):5-12. [Persian]
30. Khabaz M, Karimi Y, Karimian N, Shah Bakhsh A. Comparison the relation between the dimensions of perfectionism and social support with academic burnout in students of Allameh Tabatabai University. *Research in clinical psychology and counseling*. 2014;4(2):82-96. [Persian] doi:10.22067/ijap.v4i2.15966
31. Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and anxiety*. 2003;18(2):76-82. doi:10.1002/da.10113
32. Butterworth P, Rodgers B. Mental health problems and marital disruption: is it the combination of husbands and wives' mental health problems that predicts later divorce? *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2008;43(9):758-763. doi:10.1007/s00127-008-0366-5
33. Galinsky AM, Waite LJ. Sexual activity and psychological health as mediators of the relationship between physical health and marital quality. *Journals of gerontology series B: psychological sciences and social sciences*. 2014;69(3):482-492. doi:10.1093/geronb/gbt165
34. Jisha P, Thomas I. Quality of life and infertility: influence of gender, years of marital life, resilience, and anxiety. *Psychological studies*. 2016;61(3):159-169. doi:10.1007/s12646-016-0358-6